

\_\_\_\_\_  
(Prezime i ime)

JMBG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Prebivalište: grad, ulica i broj)

\_\_\_\_\_  
(Ustanova ili firma preko koje je zdravstveno osiguran)

\_\_\_\_\_  
(Broj računa osiguranika)

\_\_\_\_\_  
(Banka)

**ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA  
ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA**

**PREDMET:** Zahtjev za refundaciju troškova zdravstvenih usluga, odobravanje nabavke lijekova, refundaciju troškova nabavke lijeka ili odobravanje nabavke ortopedskog pomagala

**A)** Podnosim zahtjev da mi se, na osnovu važećih propisa, odobri povrat sredstava plaćenih zbog :

\_\_\_\_\_  
(naziv zdravstvene ustanove)

na ime pružene zdravstvene usluge:

\_\_\_\_\_  
(naziv zdravstvene usluge)

**B)** Podnosim zahtjev da mi se, prema vašim mogućnostima i na osnovu važećih propisa, odobri nabavka / refundacija troškova nabavke lijeka ili nabavka ortopedskog ili drugog pomagala

\_\_\_\_\_  
(naziv lijeka/ pomagala )

Uz zahtjev prilažem slijedeću dokumentaciju:

- otpusnica iz bolnice u \_\_\_\_\_ od \_\_\_\_\_

- medicinski nalaz \_\_\_\_\_ od \_\_\_\_\_

- uputnica \_\_\_\_\_ od \_\_\_\_\_

- Odluka komisije za odobravanje liječenja van kantona br. \_\_\_\_\_

- račun br. \_\_\_\_\_ od \_\_\_\_\_

- priznanica br. \_\_\_\_\_ od \_\_\_\_\_

i drugu dokumentaciju

- recept za lijek od \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

U Zenici, \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_. godine

PODNOŠILAC ZAHTEJVA:

\_\_\_\_\_  
(svojeručni potpis)